

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Folketingets finansudvalg, presse og tilhørere
Anledning:	Samråd A
Taletid:	ca. 25 min., herefter debat
Tid og sted:	fredag den 29. oktober 2010
Dok nr.:	367385

Ministeren bedes redegøre for bevæggrundene for regeringens politik vedrørende det udvidede frie sygehusvalg, herunder om ønsket om at spare penge har været en væsentlig årsag til at indføre det frie valg.

Udkast til samrådstale

I 2001 overtog vi et sundhedsvæsen, hvor patienterne stod i kø og hvor det kun var dem med pengepungen i orden, der kunne betale sig foran i køen. Det var en massiv udfordring, som krævede flere værktøjer.

- Vi har tilført flere penge. 21 mia.kr. mere om året har regionerne at gøre godt med i 2010 end i 2001.
- Vi har krævet, at der rent faktisk blev leveret noget for de ekstra penge. Det skete gennem ”Løkke-posen”, som belønnede en ekstra indsats.

- Vi gav patienterne en række nye rettigheder.
- Det frie sygehusvalg gav vores fælles ambition om fri og lige adgang til sygehusbehandling reelt indhold.

Indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg gav patienterne ret til gratis behandling på et privathospital, hvis ventetiden i det offentlige oversteg to måneder. Dengang var det meget kontroversielt, at patienterne fik et valg. Nu forstår jeg, at oppositionen ikke længere vil afskaffe ordningen, bare gøre den ringere, end den er i dag.

Der var et dobbelt sigte med ordningen. For det første skulle alle – ikke bare de rige – have mulighed for at vælge en urimelig ventetid fra. For det andet skulle de offentlige sygehuse tilskyndes til at blive bedre til at holde ventetiden nede.

Princippet var, at hvis det offentlige ikke kunne levere varen inden for to måneder, nu én måned, så kunne man få pengene med til det private. Det offentlige sygehusvæsen havde altså førsteretten til behandling. Det var kun, hvis ventetiden var for lang, at pengene skulle følge patienterne til et privat sygehus.

Vi skulle altså finde en model, der sikrede patienterne et reelt frit valg. Det vil sige, at der skulle være et vist antal sygehuse at vælge imellem. Dengang var det private

marked begrænset. Afregningen af de private sygehuse skulle tage højde for det helt principielle udgangspunkt.

[En ordning, der bygger på forhandlede priser]

Derfor blev der lavet en ordning, hvor de ansvarlige for danskernes sygehusbehandling, amterne, skulle forhandle med de private sygehuse.

Det fremgik af lovforslagets bemærkninger, at udgangspunktet ville være de samme takster, som de offentlige sygehuse bruger – de såkaldte DRG-takster. Kunne de ikke blive enige, skulle sundhedsministeren som opmand fastsætte taksterne.

Siden da har taksterne for størstedelen været et resultat af disse forhandlinger mellem amter - og senere regioner på den anden side privathospitalerne.

[Overbetaling?]

En af de alt for få, der rent faktisk har sat sig ind i det her, er professor Kjeld Møller Pedersen, der siger det meget præcist i Jyllands-Posten i mandags.

Jeg citerer:

”Et forhandlet resultat er noget, man er blevet enige om i en - måske - hård forhandling, hvor forhandlingsstyrke og markedssituation spiller ind. At tale om »overbetaling» bagefter er selvmodsigende. Man kan i bedste fald tale om en god/dårlig aftale. Det karakteristiske er da også, at man ikke har hørt Danske Regioner tale om overbetaling. ”

I 2006 kunne parterne for første gang ikke nå til enighed. Den daværende indenrigs- og sundhedsminister måtte fastsætte en række takster. Det gjorde han cirka midt mellem parterne.

Forskellen mellem det amterne ville betale og det som forliget blev, var godt 100 millioner kroner under forudsætning af, at de private så ville have leveret til den pris amterne foreslog – hvad der unægtelig er tvivlsomt.

De 100 mio. kr. skyldes rollen som opmand mellem to parter. At kalde det overbetaling svarer jo til, at forligsmandens indblanding i overenskomstforhandlingerne betyder en overbetaling af arbejdstagerne. Det giver jo ingen fornuftig mening.

[Ændringer af ordningen]

I de senere år er ordningen ændret flere gange:

I 2007 forbedrede regeringen ordningen – sammen med Dansk Folkeparti [og Ny Alliance] ved at nedsætte ventetiden fra to til én måned.

Som et led i regeringsgrundlaget for 2007 blev det besluttet at se nærmere på taksterne til de private sygehuse.

I foråret 2008 var der overenskomstkonflikt og strejke på sygehusene. Det betød, at ventetiderne voksede. I den situation ville ordningen være meget dyr at have kørende. Derfor – og for at give regionerne de bedst mulige betingelser for at få ventetiden ned - bliver det udvidede frie sygehusvalg suspenderet fra november 2008 til 1. juli 2009. Dermed gjaldt de fastsatte takster naturligvis heller ikke.

Man var dog enige om, at det var vigtigt at udnytte den private kapacitet, så regionerne skulle købe hos de private som hidtil – ved brug af udbud.

I efteråret 2008 indleder Sundhedsministeriet det meget omtalte udredningsarbejde om afregning af private sygehuse. Det sker i forlængelse af regeringsgrundlaget fra

november 2007, hvor det hedder, at ” *Der skal sikres størst mulig grad af fair konkurrence mellem offentlige og private sygehuse.*”

Udredningsarbejdet skal lave en fremadrettet model for at fastsætte taksterne.

Afregningen med de private sygehuse efter suspensionsperioden udløb blev drøftet på møder i Styregruppen og Økonomiudvalget i februar og marts 2009, som også finansministeren redegjorde for i Folketingssalen i onsdags.

Drøftelserne gik for det første på en ny model for forhandlingerne mellem regionerne og de private sygehuse, hvor man med såkaldte referencetakster ville flytte

"omdrejningspunktet" for forhandlingerne fra gennemsnitsprisen for de offentlige sygehuse til prisen på de billigste offentlige sygehuse. Denne model var beskrevet i udredningsarbejdet.

For det andet blev det drøftet, hvor meget niveauet for afregningspriserne med de private kunne sænkes, hvis der fortsat skulle være tilstrækkeligt mange private leverandører på markedet. Et tilstrækkeligt antal leverandører er en klar forudsætning i lovgivningen. Og det havde det interne udredningsarbejde ikke kunnet bidrage til at skabe klarhed over.

Resultatet blev en proces, hvor regeringen gik efter en hurtig aftale med Danske Regioner, hvilket statsministeren redegjorde for i Folketingssalen i onsdags. Den

skulle indebære, at regionerne det første halve år efter udløbet af suspensionen skulle forsøge at opnå lavere takster på baggrund af de priser, som de havde opnået ved udbud under suspensionsperioden. Dermed var der en mulighed for at teste, hvor lave priser markedet kunne bære. Sideløbende skulle arbejdet med referencetakster fortsættes og talgrundlaget kvalificeres yderligere, så regionerne havde et nyt og solidt grundlag til forhandlingerne med private hospitaler om taksterne for 1. januar 2010 og frem.

Det var baggrunden for aftalen med Danske Regioner 1. april 2009, som førte til en takstnedsættelse på 17 procent per 1. juli 2009 og yderligere 3 procent per 1. januar 2010.

I oktober 2009 er beregningerne af omkostninger på de effektive offentlige sygehuse færdige. Referencetakster bliver offentliggjort den 28. oktober 2009 sammen med den ufærdige interne rapport.

Her bliver det også klart, hvor foreløbige, de oprindelige beregninger var. Hvis vi ser på de 25 pct. mest effektive offentlige sygehuse, så rykkede *gennemsnit*staksten sig 14 procentpoint – fra 65 til 79 pct. af den offentlige DRG takst - fra udredningsarbejdet til de endelige referencetakster.

Referencetaksten for grå stær operationer *faldt* fra 2053 til 1651 kr. – ca. en femtedel.

Referencetaksten for prostata operation *steg* med en fjerdedel fra 16.621 kr. til 20.813 kr.

Det illustrerer meget godt, hvorfor man ikke sendte de foreløbige takster på gaden, før de endelige, kvalificerede takster var færdige.

På det nu færdige grundlag indgås en aftale i slutningen af året for hovedparten af de private behandlinger. Den nye voldgiftsinstitution med Carsten Koch som opmand må hjælpe parterne med de sidste, som bliver fastsat den 3. marts i år. Samlet set falder taksterne med mere end 20 procent.

[Opsummering i forhold til samrådsspørgsmålet]

Formålet med ordningen var at give patienterne mulighed for at vælge ventetiden fra. Og at eksistensen af den mulighed kunne tilskynde de offentlige til at få ventetiderne ned.

Begge dele har været en kæmpe succes!

- Mere end 350.000 danskere har benyttet sig af den her ordning.
- *De offentlige ventetider* er faldet med en måned i gennemsnit. Ventetiden er nu nede på 55 dage – mod 90 dage i 2001.

- Sundhedsforsikringer sparer ifølge Jyllands-Posten samfundet for mindst 800 mio. kr. i sygedagpenge, fordi folk kommer hurtigt i behandling.
- Loven taler ikke om at spare. Det var aldrig formålet. Udgifterne til privat behandling har været en omkostning, som vi har taget med åbne øjne.
- Vi har givet patienterne mulighed for at vælge ventetiden fra, ikke kun de velstående. Det er en solidarisk ordning. Og det er en ordning, hvor vi i første omgang giver pengene til regionerne. Det er offentlige bevillinger, som først går ud i det private i det øjeblik, det offentlige ikke kan levere kort ventetid.
- Vi har justeret ordningen, så taksterne er blevet sat ned, efter at markedet er blevet mere modent.

- Jeg er ikke i tvivl: Det udvidede frie sygehusvalg er noget af det absolut bedste, der er sket for patienterne.

[Sagen]

Nu har jeg forsøgt at redegøre for sagens substans. Men det er jo ingen hemmelighed, at der er meget andet end substansen, der har optaget sindene i den senere tid. Så lad os tage det med det samme.

[Mails og sagsakter]

Sagen startede med en påstand om, at man i flere ministerier havde slettet mails med det formål at skjule dokumenter for offentligheden. Det er en meget alvorlig

anklage. Det har både Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Økonomi og Erhvervsministeriet afvist.

Derudover har vi foretaget en grundig undersøgelse af, om der mangler dokumenter på den relevante sag. Ministeriet har derfor de seneste uger foretaget et ganske omfattende arbejde for at sikre, at den relevante sag er veldokumenteret.

I lyset af interessen har ministeriet valgt en ret bred fortolkning af, hvad der kunne være relevant for sagen. Derfor er materialet nu meget omfattende.

Det vil man kunne se, når ministeriet inden længe er klar til at besvare den store mængde anmodninger om aktindsigt – der er mere end 30 – i forbindelse med pressedækningen af sagen.

Sagen dokumenterer et omfattende arbejde med udredningen om afregning med private sygehuse. Et arbejde, som har været forankret internt i Sundhedsministeriet, men som også har nydt godt af bidrag fra andre.

Finansministeriet har løbende kommenteret på udredningsarbejdet igennem hele processen.

Desuden har Sundhedsstyrelsen leveret et betydeligt bidrag, og der har været drøftelser af udredningsarbejdet med bl.a. Konkurrencestyrelsen og Danske Regioner.

Desværre viser ministeriets gennemgang også, at nogle aktindsigtsanmodninger i 2009 ikke er besvaret dækkende. De sager vil blive genoptaget.

[Rigsrevisionen]

Så er der spørgsmålet om udlevering af den ufærdige rapport til Rigsrevisionen.

Jeg har over for rigsrevisor beklaget, at der er opstået en situation, hvor Rigsrevisionen finder, at ministeriet ikke tilstrækkelig tidligt har udleveret materiale, som Rigsrevisionen har efterspurgt.

Ministeriets opfattelse var, at udredningen ikke var relevant for Rigsrevisionens undersøgelse. Fordi den fremadrettet skulle skabe et bedre grundlag for forhandlingerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse. Mens Rigsrevisionen skulle undersøge, om der var sket overbetaling bagud i tid.

Ja, udredningsarbejdet indeholdt regnestykker over, hvor meget man kunne spare, hvis taksterne blev sat så og så meget ned. Men sådan nogle regnestykker siger jo ikke noget om, hvilke takster, der var realistiske i fortid, nutid eller fremtid.

Og hvis man endelig vil tale om overbetaling, ville det være mindst lige så interessant at bruge sådan nogle regnestykker på de offentlige sygehuse. Det er trods alt dem, beregningerne bygger på. Så kan man få nogle meget større tal.

Ministeriet vurderede ikke, at beregningerne i den ufærdige rapport var relevant for rigsrevisor.

Men det er rigsrevisor selv, der skal vurdere, hvad der er relevant for ham. Derfor har jeg beklaget over for rigsrevisor.

Rigsrevisionen fik den ufærdige rapport den 2. juli 2009. Rigsrevisor har nu haft rapporten over et år. Han har efterfølgende udtalt, at den ikke ændrede hans konklusioner, men at den ville have styrket dem.

[Konklusion]

Det udvidede frie sygehusvalg har været en succes. Den er god for det danske sundhedsvæsen – og især for de mere end 350.000 danskere, der undgik ventetid.

Ordningen handler ikke om, at få billigere behandling ved at bruge private sygehuse, men om at sikre patienterne en reel mulighed for at vælge ventetiden fra.

Men det er billigere at blive behandlet på et privat hospital. Samtidigt behandler også de offentlige hospitaler langt flere – det har konkurrencen selvfølgelig også indvirket på.

De private hospitaler har haft en enorm positiv betydning for danske patienter, selv om de kun omfatter godt to procent af de penge vi bruger på sundhed.

Beskyldningerne om overbetaling er jeg ganske enkelt ikke enig i.

I bagklogskabens lys var der ting, man ville have gjort anderledes.

Men der er ikke foretaget noget forsøg på at dække over noget. Tværtimod er hele det arbejde, der er tale om, klart og tydeligt skrevet ind i regeringsgrundlaget og siden offentliggjort. Det er regeringens politik. Den står jeg ved. Og jeg stiller gerne op her, i Sundhedsudvalget, i Folketingssalen og hvor som helst og svarer på de spørgsmål, der måtte være.